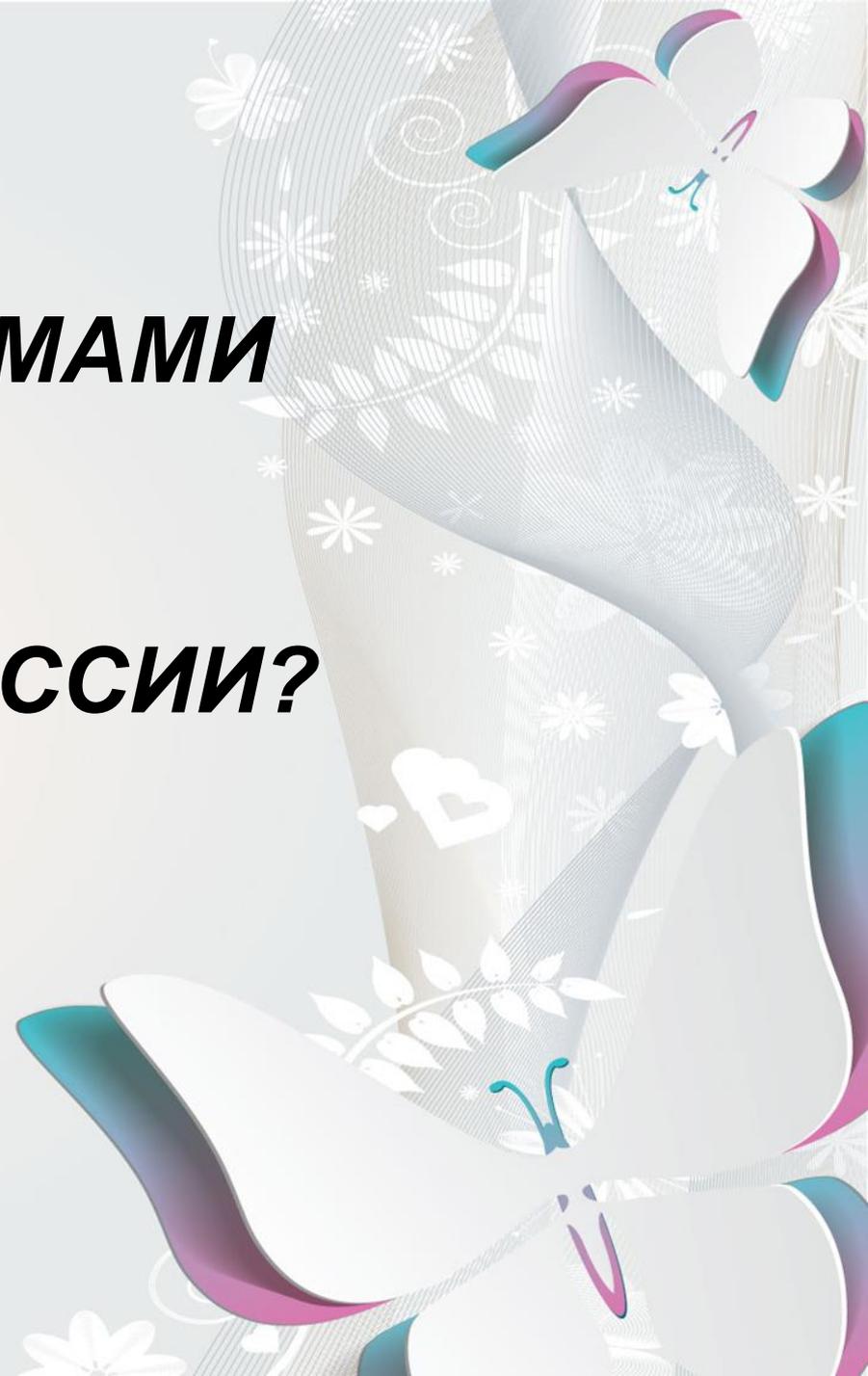
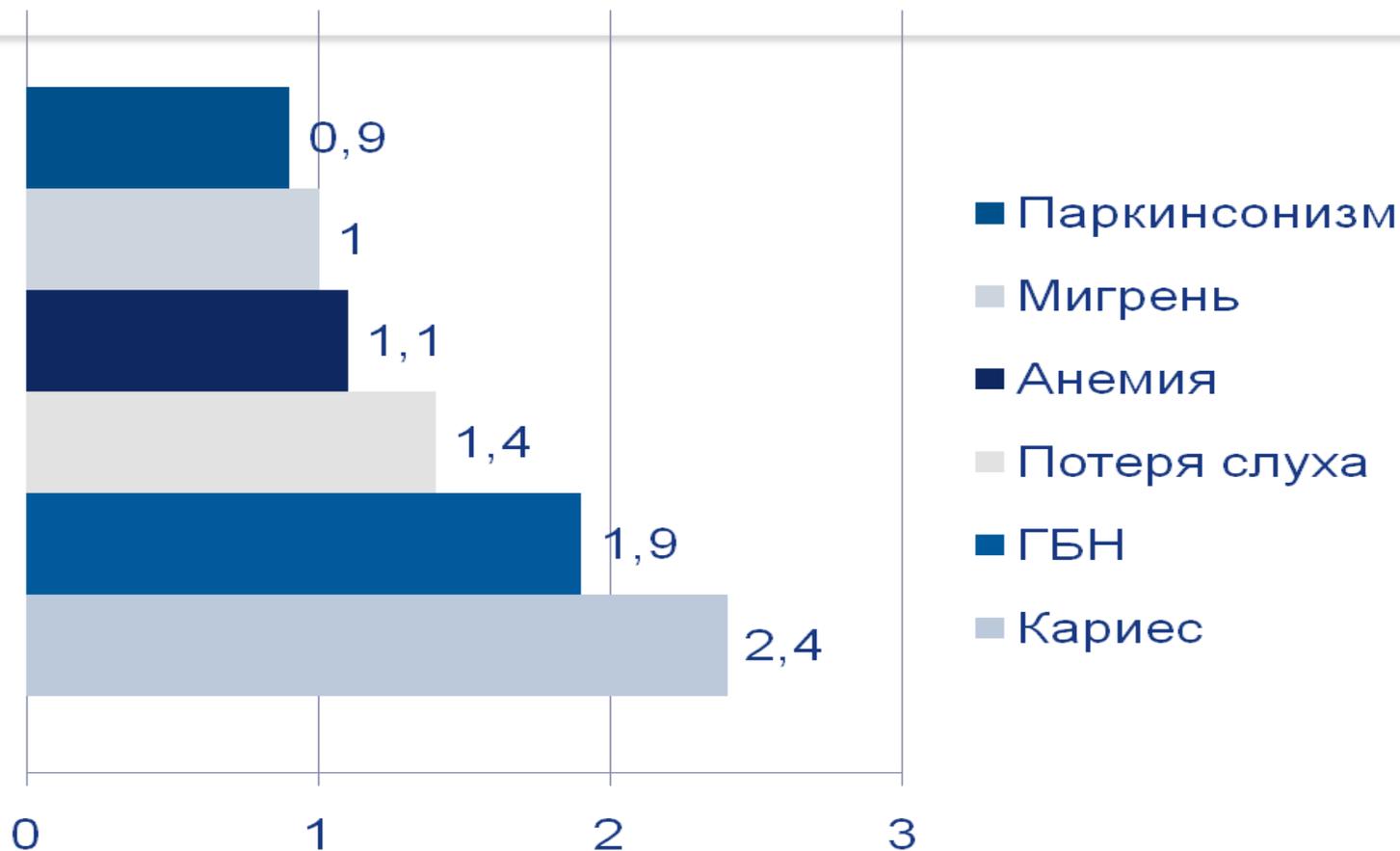


***С КАКИМИ ПРОБЛЕМАМИ
ЧАЩЕ ВСЕГО
ОБРАЩАЮТСЯ К
НЕВРОЛОГАМ В РОССИИ?***

Проф. Ахмадеева Л.Р.
www.ufaneuro.org



Наиболее распространенные заболевания на 2016г. (в миллиардах пациентов)



Global Burden of Disease, Lancet2017г.

Слайд Корешкиной М.И.

Какие виды ГБ встречаются наиболее часто?

- **Формы ГБ, наиболее распространенные и значимые для общественного здоровья и экономики**
 - Мигрень
 - Эпизодическая ГБН
 - Хроническая ГБН
 - Другие хронические ежедневные ГБ, в т.ч. абузусная ГБ (МИГБ)

Первичные
ГБ



*Всемирная кампания против головной боли
“Lifting the Burden”
(Воспроизведено с разрешения T.Steiner)*

Слайд Осиповой В.В.



Распространенность ГБ в России

- **Популяционное исследование:** подворный опрос в 35-ти городах и 9-ти сельских районах России (2009-2011 гг.)
- **Цель:** изучить распространенность ГБ «не связанных с лихорадкой, похмельным синдромом, простудными заболеваниями или травмой головы и возникающих хотя бы 1 раз за год, предшествующий исследованию»

Результаты

- Из 2 025 опрошенных россиян около **62.9%** сообщили, что испытывали ГБ как минимум 1 раз за прошедший год
- Распространенность ГБ за 1 год:
 - мигрень - **20.8%**
 - ГБН - **30.8%**
 - **хронические ГБ** (≥ 15 дней в мес) - **10.4%**

Ayzenberg I, Katsarava Z, Sborowski A, Chernysh M, Osipova V, Tabeeva G, Yakhno N, Steiner TJ. The prevalence of primary headache disorders in Russia: a countrywide survey. Cephalalgia 2012

Социально-экономический ущерб ГБ

В Японии (популяция 130 млн чел.)

- ежегодные потери производительности труда только в связи с мигренью - 2 млрд \$США
- суммарный ущерб в связи со всеми типами ГБ - 4.2 млрд \$США

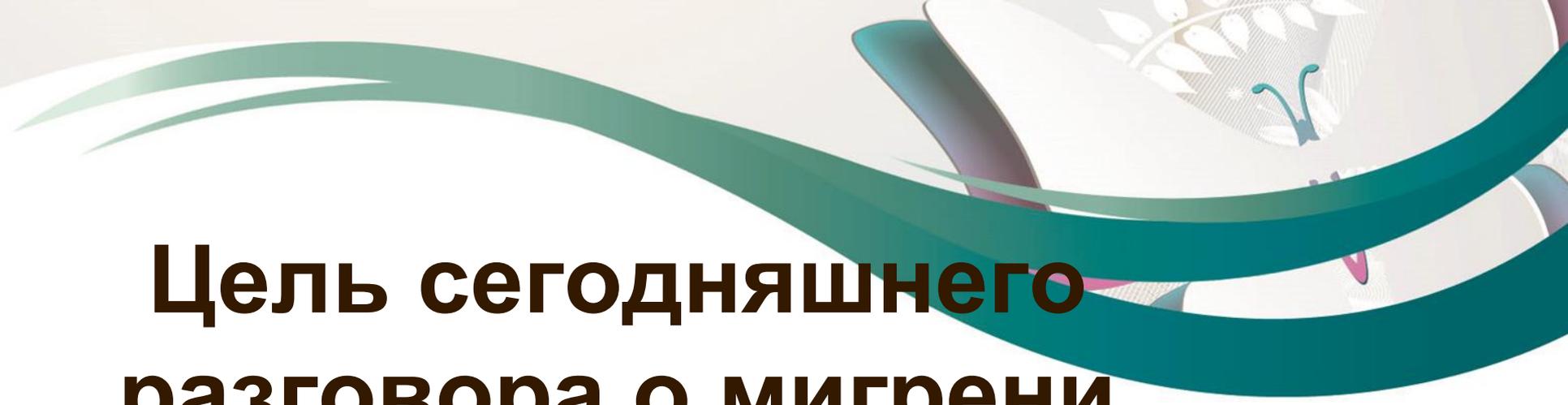
В России?

Популяция 142 млн человек



С разрешения T.Steiner, 2009

Слайд Осиповой В.В.



Цель сегодняшнего разговора о мигрени

- ❖ Познакомить коллег с
 - ❖ новыми Клиническими рекомендациями (проф. Осипова В.В. с соавт.) – разделы **по диагностике и купированию приступа**
 - ❖ Утверждены профессиональными обществами
 - ❖ Вывешены на сайте Минздрава России в 2017г.

- ❖ С несколькими российскими и зарубежными публикациями 2017-2018гг

Мигрень у взрослых

МКБ 10: G43

Год утверждения (частота пересмотра): 2016 (пересмотр каждые 3 года)

ID: KP295

URL:

Профессиональные ассоциации:

- Всероссийское общество неврологов (ВОН) Российское общество по изучению головной боли (РОИГБ)

Утверждены

Председатель президиума ВОН, академик РАНЕ.И.Гусев Ученый секретарь ВОН, профессор А.Б.Гехт



Российские клиники привлекают к сотрудничеству только лучших врачей по специальности «неврология», которые непрерывно повышают свои теоретические знания и имеют достаточный практический опыт. Тщательный подход к выбору сотрудников в лучшие неврологические клиники объясняется стремительным ростом количества пациентов с:

- ✓ мигренью;
- ✓ болезнью Паркинсона;
- ✓ болезнью Альцгеймера;
- ✓ эпилепсией различной этиологии;
- ✓ невралгиями.

Статистика утверждает, что каждый второй человек в стране страдает хронической болью различной локализации, спровоцированной определенными неврологическими нарушениями.

Знаменитые пациенты с мигренью



Жанна
Д'Арк



Фредерик
Шопен



Элвис Пресли



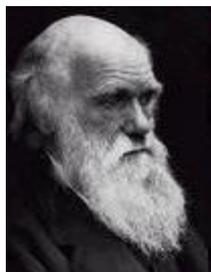
Наполеон
Бонапарт



Льюис
Кэрролл



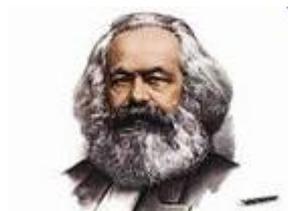
Стивен Кинг



Чарльз
Дарвин



П.И.Чайковский



Карл
Маркс



Мигрень не достаточно диагностируется и не адекватно лечится

- 44 % пациентов ставят диагноз мигрени
- 49% пациентов лечат самостоятельно приступ безрецептурными препаратами
- 29% лечат приступы одновременно назначенными и без рецептурными препаратами
- 26 % - была назначена профилактическая терапия, но они ее бросили

Слайд Корешкиной М.И.



Мифы о головных болях

Если у пациента болит голова, это связано с патологией головного мозга



Пациента с ГБ нужно обязательно направить на дополнительные исследования

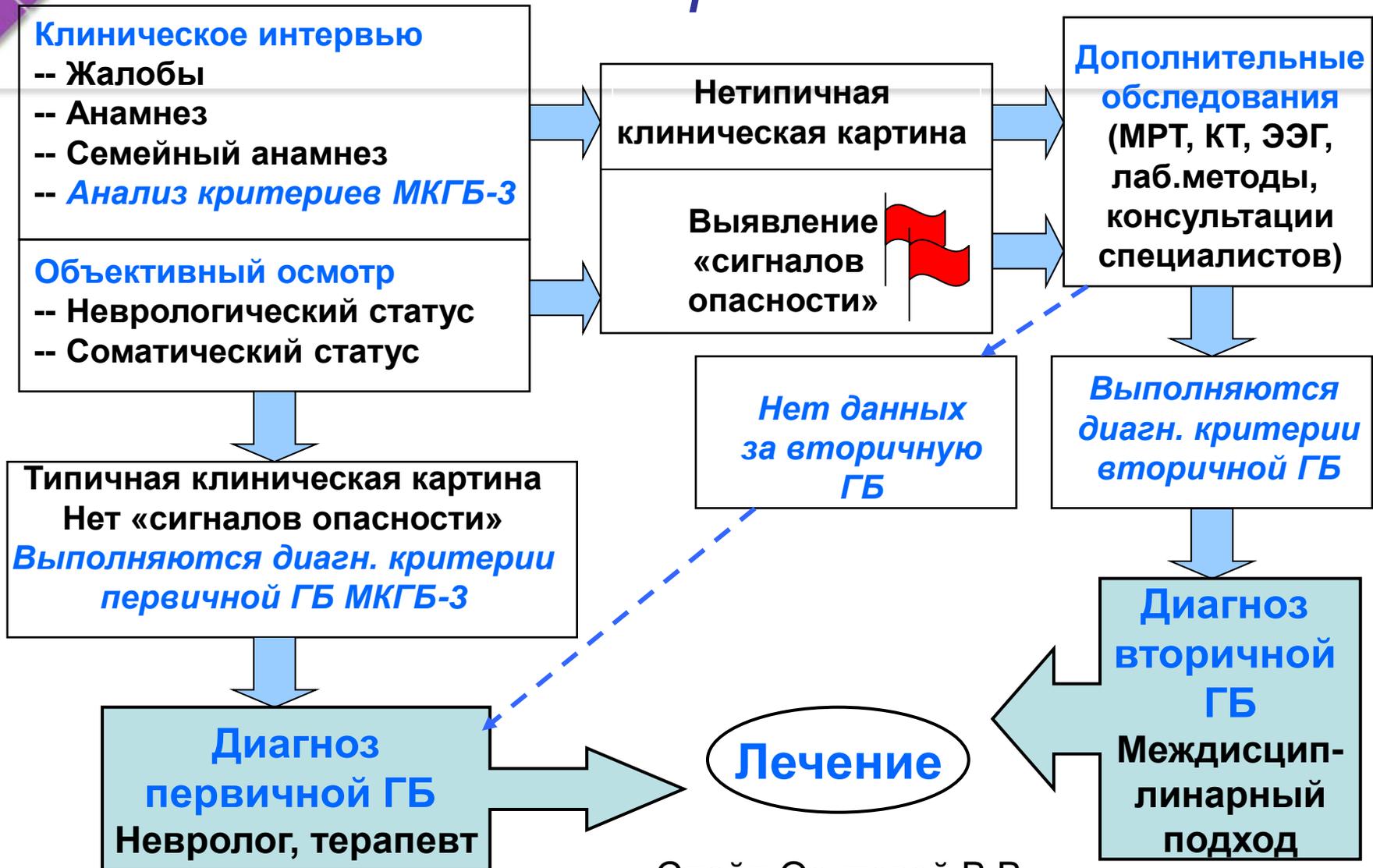
Гипер-
диагностика
вторичных
форм ГБ



Самые частые причины ГБ – последствия травмы головы, артериальная гипертензия и сосудистые заболевания мозга

Самыми эффективными средствами для лечения ГБ являются вазоактивные и ноотропные препараты

Головная боль: диагностический алгоритм





If you experience buffering whilst viewing this webcast, please click on the stream selection icon in the media play-bar above to select a lower resolution of the stream or [click here to test your system](#)

Migraine

A brain systems disorder with many manifestations

Epileptic migraine
Afzidi et al. Arch Neurol 2006; 62: 1270-1275

After Goadsby et al. N Engl J Med 2002; 346: 257-270

Chronic migraine
Matharu et al. Brain 2004; 127: 220-230

- 5-HT_{1B/1D}: *triptans*
- CGRP: *gepants*
: *nezumabs*
- Neuromodulation
- 5-HT_{2F}: *diltans*
- PACAP: *PAC1*
- mGluR5: *glurants*
- Orexin 1 & 2: *orexants*
- ASICs: *mambalgins*
- nNOS: *NXN*
- TRPM8: ?

Goadsby et al. Physiol Rev 2017; 97: 553-622





Определение

- ❖ Мигрень – первичная форма головной боли (ГБ), проявляющаяся приступами пульсирующей односторонней ГБ, продолжительностью 4-72 часа, которая сопровождается повышенной чувствительностью к свету, звуку, тошнотой /или рвотой.



Мигрень занимает 6-е место среди специфических причин нетрудоспособности в мире и первое место среди неврологических заболеваний (данные ВОЗ)¹



70% пациентов с мигренью не до конца удовлетворены подобранным им лечением²



У половины пациентов приступы мигрени бывают более 2 раз в месяц³



Мигренозный приступ



4-72 часа головной боли, тошноты, звукобоязни²

1. Мигрень. Как просто поставить диагноз и назначить лечение? Корешкина М.И., Интерфарммедика №10 2016

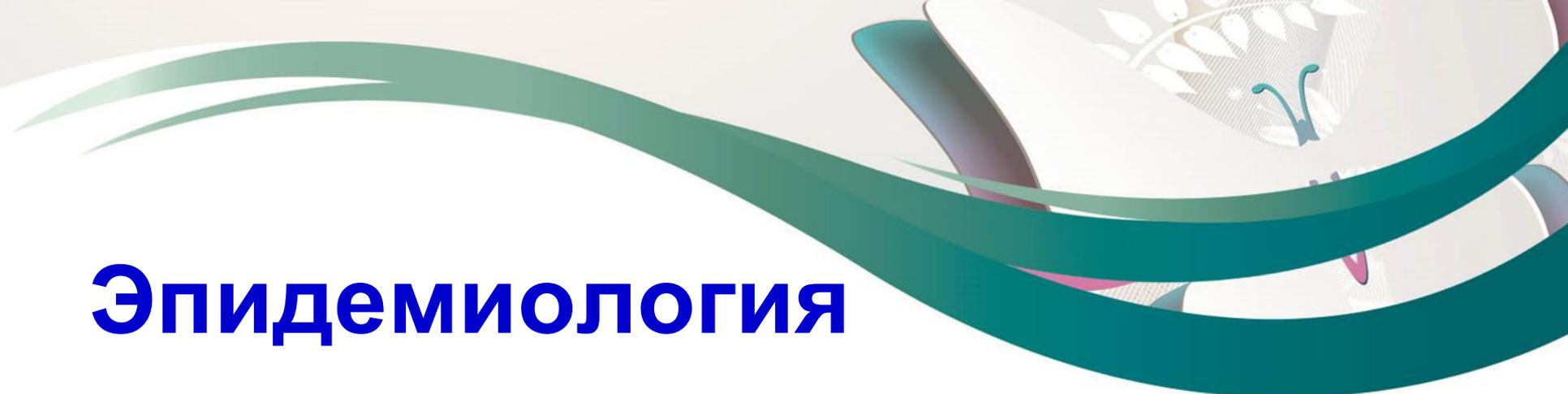
2. Эффективность Сумамигрена при его назначении в раннем и позднем периодах развития мигренозного приступа, Табеева Г.Р., Азимова Ю.Э. «Журнал неврологии и психиатрии», 8, 2007

3. Мигрень, Табеева Г.Р., Ябло Н.Н., Москва, 2011, стр. 22



Определение

- ❖ Мигрень – первичная форма головной боли (ГБ), проявляющаяся приступами пульсирующей односторонней ГБ, продолжительностью 4-72 часа, которая сопровождается повышенной чувствительностью к свету, звуку, тошнотой /или рвотой.



Эпидемиология

- ❖ Распространённость мигрени в популяции стран Европы и США в среднем составляет 14%
 - ❖ 17% среди женщин
 - ❖ 8% среди мужчин
- ❖ В России за год – 15.0% -20.8%
 - ❖ М без ауры 13.5%
 - ❖ М с аурой 2.4%

Течение

- ❖ Мигрень обычно возникает в молодом возрасте, до 20 лет.
- ❖ В детском возрасте заболевание чаще встречается у мальчиков; взрослые женщины болеют в 2.5–3 раза чаще, чем мужчины.
- ❖ В возрасте 35-45 лет частота и интенсивность мигренозных приступов достигает максимума, а после 55-60 лет течение болезни облегчается или приступы полностью прекращаются.
- ❖ В то же время у некоторых пациентов типичные приступы мигрени сохраняются и после 50 лет.

Кодирование по МКБ10

- G43.0 - **Мигрень без ауры [простая мигрень]**
- G43.1 - **Мигрень с аурой [классическая мигрень]**
- G43.10 - Мигрень с типичной аурой
- G43.10 - Типичная аура с ГБ
- G43.104 - Типичная аура без ГБ
- G43.103 - Мигрень со стволовой аурой
- G43.105 - Гемиплегическая мигрень
- G43.105 - Семейная гемиплегическая мигрень
- G43.105 - Спорадическая гемиплегическая мигрень
- G43.81 - Ретинальная мигрень
- G43.3—**Хроническая мигрень**
- G43.3 - **Осложнения мигрени**
- G43.2 - Мигренозный статус
- G43.3 - Персистирующая аура без инфаркта
- G43.3 - Мигренозный инфаркт
- G43.3 - Эпилептический припадок, вызванный мигренозной аурой
- G43.82 - **Эпизодические синдромы, которые могут сочетаться с мигренью**
- G43.83 - **Возможная мигрень**
- G44.4 - **ГБ, вызванная применением лекарственных средств.**

Международная классификация расстройств, сопровождающихся

головной и лицевой болью (третий пересмотр) (МКГБ-3 бета)

Часть I. Первичные головные боли

Мигрень

Головная боль напряжения (ГБН)

Кластерная ГБ и другие тригеминальные вегетативные цефалгии

Другие первичные ГБ

Часть II. Вторичные головные боли

ГБ, связанные с травмой головы и/или шеи

ГБ, связанные с сосудистыми поражениями черепа и шейного отдела позвоночника.

ГБ, связанные с несосудистыми внутричерепными поражениями

ГБ, связанные с различными веществами или их отменой

ГБ, связанные с инфекциями

ГБ, связанные с нарушениями гомеостаза

Головные и лицевые боли, связанные с нарушением структур черепа, шеи, глаз, ушей, носовой полости, пазух, зубов, ротовой полости или других структур черепа и лица

ГБ, связанные с психическими заболеваниями

Часть III. Болевые краниальные невропатии, другие лицевые и головные боли

Болевые краниальные невропатии и другие лицевые боли

Другие ГБ.

Классификация мигрени (МКГБ-3 бета)

- 1.1. Мигрень без ауры
- 1.2. Мигрень с аурой
 - 1.2.1. Мигрень с типичной аурой
 - 1.2.1.1. Типичная аура с ГБ
 - 1.2.1.2. Типичная аура без ГБ
 - 1.2.2. Мигрень со стволовой аурой
 - 1.2.3. Гемиплегическая мигрень
 - 1.2.3.1. Семейная гемиплегическая мигрень (СГМ)
 - 1.2.3.1.1 СГМ 1 типа
 - 1.2.3.1.2 СГМ 2 типа
 - 1.2.3.1.3 СГМ 3 типа
 - 1.2.3.1.4 СГМ (с мутациями в других локусах)
 - 1.2.3.2. Спорадическая гемиплегическая мигрень
 - 1.2.4. Ретинальная мигрень
- 1.3. **Хроническая мигрень**
- 1.4. **Осложнения мигрени**
 - 1.4.1. Мигренозный статус
 - 1.4.2. Персистирующая аура без инфаркта
 - 1.4.3. Мигренозный инфаркт
 - 1.4.4. Эпилептический припадок, вызванный мигренозной аурой
- 1.5. **Возможная мигрень**
 - 1.5.1. Возможная мигрень без ауры
 - 1.5.2. Возможная мигрень с аурой
- 1.6. **Эпизодические синдромы, которые могут сочетаться с мигренью**
 - 1.6.1. Повторяющиеся желудочно-кишечные нарушения
 - 1.6.1.1. Синдром циклических рвот
 - 1.6.1.2. Абдоминальная мигрень
 - 1.6.2. Доброкачественное пароксизмальное головокружение
 - 1.6.3. Доброкачественный пароксизмальный тортиколиз



В соответствии с МКГБ-3
бета выделяют **две**
основные формы
мигрени:

наиболее частая -
мигрень без ауры, (МБА
до 80% случаев) и

мигрень с аурой (МА) – до
20% случаев.

Диагностика

- Рекомендуется клиническая диагностика мигрени. Диагноз основывается на анализе жалоб, данных анамнеза, нормальных данных неврологического осмотра и соответствии клинических проявлений диагностическим критериям МКГБ-3 бета
- **Уровень убедительности рекомендаций – А** (уровень достоверности доказательств – 1а).

Обобщенные диагностические критерии МА (МКГБ-3 бета)

- A. По меньшей мере 2 приступа, отвечающих критериям B и C
- B. Один или более из следующих полностью обратимых симптомов ауры:
 1. Зрительные
 2. Сенсорные
 3. речевые и/или связанные с языком
 4. Двигательные
 5. Стволовые
 6. Ретинальные
- C. Две или более из следующих характеристик:
 1. один или более симптомов ауры постепенно развиваются в течение 5 и более минут, и/или 2 и более симптомов возникают последовательно
 2. каждый симптом ауры продолжается 5 -60 минут
 3. один и более симптомов ауры является односторонним
 4. аура сопровождается головной болью или головная боль возникает в течение 60 минут после ауры.
- D. ГБ не соответствует в большей степени другому диагнозу из МКГБ-3 бета.

Жалобы и анамнез

- Рекомендуется провести опрос пациента для установления типичных для мигрени клинических характеристик: повторяющиеся приступы ГБ средней или значительной интенсивности (более 7 баллов по визуальной аналоговой шкале боли (ВАШ) продолжительностью 4–72 часа; типичные проявления: *односторонняя лобно-височная или теменная локализация боли, пульсирующий характер, ухудшение ГБ от обычной физической активности и типичные сопровождающие симптомы: тошнота и /или рвота, фотофобия и фонофобия.*
- **Уровень убедительности рекомендаций – А** (уровень достоверности доказательств – 1а).

Жалобы и анамнез

- Рекомендуется расспросить пациента о наличии мигренозной ауры - обратимых локальных неврологических симптомах, постепенно нарастающих в течение 5-20 минут до начала ГБ и имеющих продолжительность не более 60 минут; после окончания ауры после короткого «светлого» промежутка (3-10 мин) следует болевая фаза приступа М.
- **Уровень убедительности рекомендаций – А** (уровень достоверности доказательств – 1а).

Жалобы и анамнез

- Рекомендуется ВОП и неврологам, которые испытывают трудности в ведении пациентов с редкими формами МА, **перенаправить пациента к специалисту** по диагностике и лечению ГБ (цефалгологу) или в специализированный центр лечения боли (головной боли).
- **Уровень убедительности рекомендаций – В** (уровень достоверности доказательств – 2а).

Жалобы и анамнез

- Рекомендуется у пациентов с частыми приступами мигрени (более 10 дней с ГБ в месяц) с помощью расспроса и, по возможности, дневника ГБ установить число дней с ГБ в месяц и характеристики ГБ с целью выявления возможной **ХМ**.
- **Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2b).**

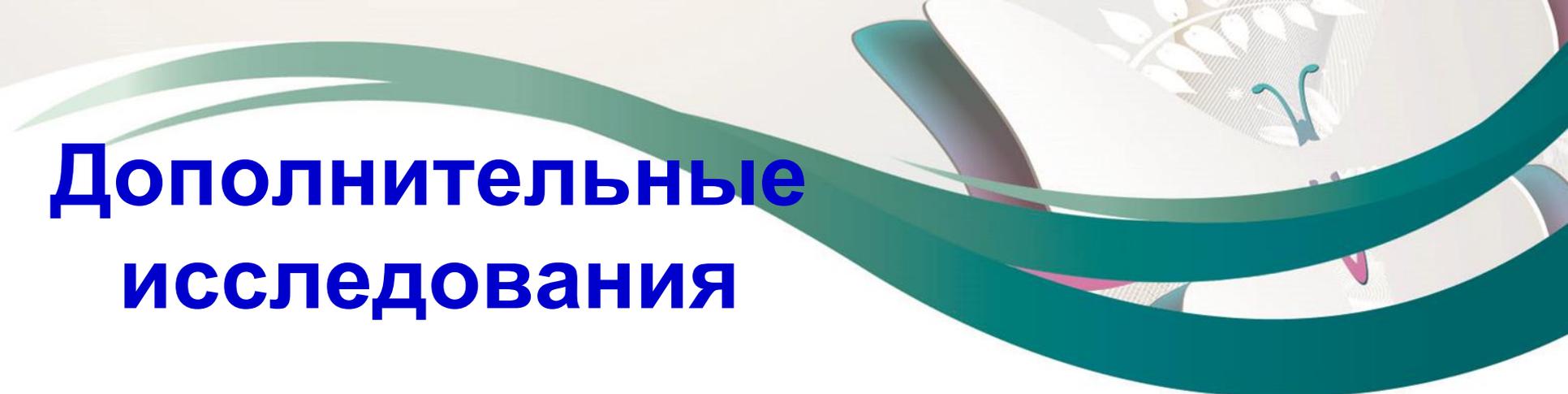
Жалобы и анамнез

- Рекомендуется у пациентов с частыми приступам М (более 8 дней с ГБ в месяц) и ХМ выявить **лекарственный абюзус**: проанализировать число дней с приемом обезболивающих препаратов в месяц, число доз, принимаемых в сутки, и уточнить фармакологические группы используемых препаратов.
- **Уровень убедительности рекомендаций – В** (уровень достоверности доказательств – 2а).



ОСМОТР

- Рекомендуется исследование неврологического статуса с целью исключения органической неврологической симптоматики.
- **Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а).**



Дополнительные исследования

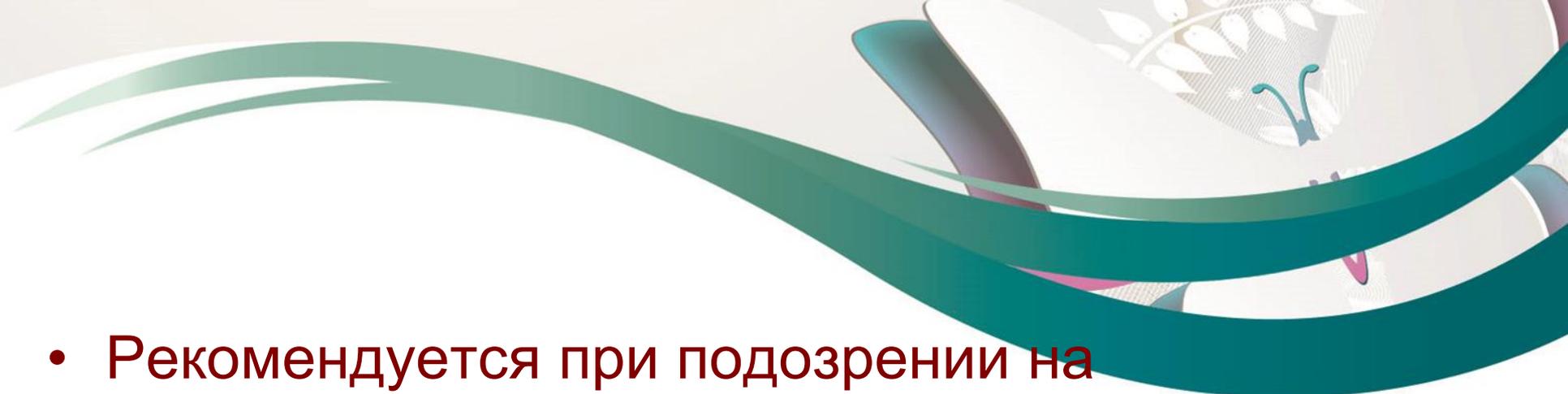
- **Не рекомендуется** использовать лабораторные методы исследования для диагностики мигрени.
- **Уровень убедительности рекомендаций – В** (уровень достоверности доказательств – 2b).
- **Не рекомендуется** при типичной клинической картине мигрени и нормальных данных неврологического осмотра инструментальные исследования, поскольку не выявляют специфических для мигрени изменений.
- **Уровень убедительности рекомендаций – В** (уровень достоверности доказательств – 2b).

«Сигналы опасности»

- ГБ, впервые возникшая после 50 лет, или ГБ, изменившая свое течение
- «Громоподобная ГБ» (ГБ нарастающая до 10 баллов по ВАШ за 1-2 секунды)
- Строго односторонняя ГБ
- Прогрессивно ухудшающаяся ГБ без ремиссий
- Внезапно возникшая, необычная для пациента ГБ
- Атипичная мигренозная аура (с необычными зрительными, сенсорными или двигательными нарушениями и/или продолжительностью >1 часа)
- Изменения в сфере сознания (оглушенность, спутанность или потеря памяти) или психические нарушения
- Очаговые неврологические знаки и симптомы системного заболевания (повышение температуры тела, кожная сыпь, ригидность шеи, артралгии, миалгии)
- Признаки внутричерепной гипертензии (усиление ГБ при кашле, натуживании, физическом напряжении)
- Отек диска зрительного нерва
- ВИЧ-инфекция, онкологическое, эндокринное и др. системное заболевание или травма головы в анамнезе
- Дебют ГБ во время беременности или в послеродовом периоде

ГБ, напоминающие М, могут отмечаться при следующих заболеваниях:

1. *гигантоклеточный артериит;*
2. *транзиторная ишемическая атака и инсульт;*
3. *диссекция (расслоение) артерий, аневризмы и артерио-венозные мальформации*
4. *церебральный венозный тромбоз;*
5. *опухоль головного мозга;*
6. *субарахноидальное кровоизлияние;*
7. *антифосфолипидный синдром и тромбофилии;*
8. *эпилепсия (при сочетании мигренозной ГБ с эпилептическим приступом);*
9. *синдромы MELAS (митохондриальная энцефалопатия с лактатацидозом и инсультоподобными эпизодами) и CADASIL (церебральная аутосомно-доминантная артериопатия с субкортикальными инфарктами и лейкоэнцефалопатией).*

- 
- Рекомендуется при подозрении на симптоматический характер мигренозной ГБ (нетипичные жалобы и течение заболевания, органические неврологические нарушения в статусе и другие «сигналы опасности») провести *тщательное* обследование пациента с целью исключения вторичного заболевания, являющегося причиной ГБ.
 - **Уровень убедительности рекомендаций – А** (уровень достоверности доказательств – 1а).

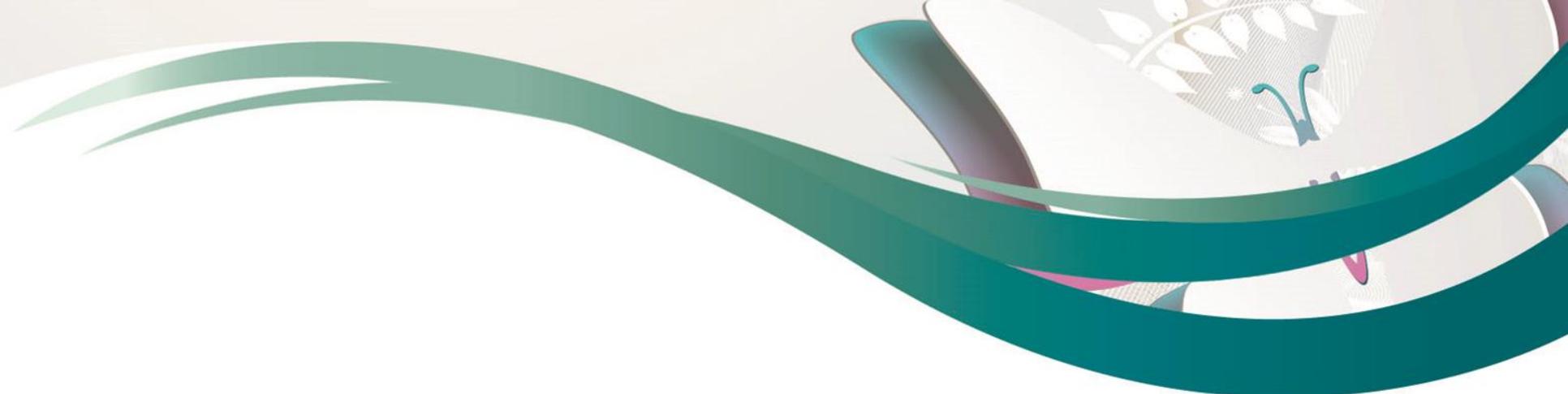


Примеры формулировки диагнозов у пациентов с ГБ

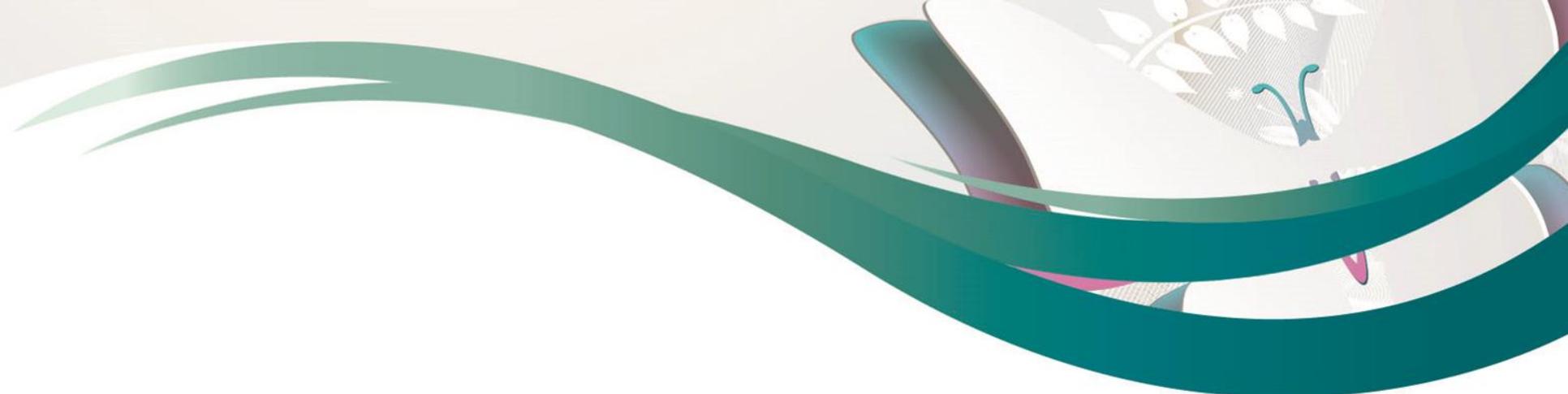
Схема диагноза: ведущая форма ГБ + 2-ая/3-я форма ГБ + коморбидные/сопутствующие состояния

1. **Мигрень без ауры. Шейный мышечно-тонический синдром.**
2. **Частая эпизодическая ГБН. ГБ, связанная с острым риносинуситом. Дисциркуляторная энцефалопатия (=ХИМ)**
3. **Хроническая мигрень без ауры. ГБ, связанная с избыточным употреблением комбинированных анальгетиков. Тревожно-депрессивный синдром**
4. **Цервикогенная ГБ. Остеохондроз шейного отдела позвоночника. Атеросклероз сосудов головного мозга**
5. **ГБ, связанная с гипертоническим кризом. Артериальная гипертензия. Атеросклероз сосудов головного мозга.**

NB! Не маскировать форму ГБ другим (ложным) диагнозом!



ЛЕЧЕНИЕ



3.1 Консервативное лечение

Рекомендуются три подхода к лечению мигрени: поведенческая терапия, купирование приступов и профилактическое лечение.

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а).

Комментарий. *Основные цели лечения мигрени: уменьшение частоты и тяжести приступов, коррекция КН, профилактика хронизации заболевания и улучшение качества жизни пациентов.*



3.1.1 Поведенческая терапия.

Рекомендуется поведенческая терапия, направленная на модификацию образа жизни пациента.

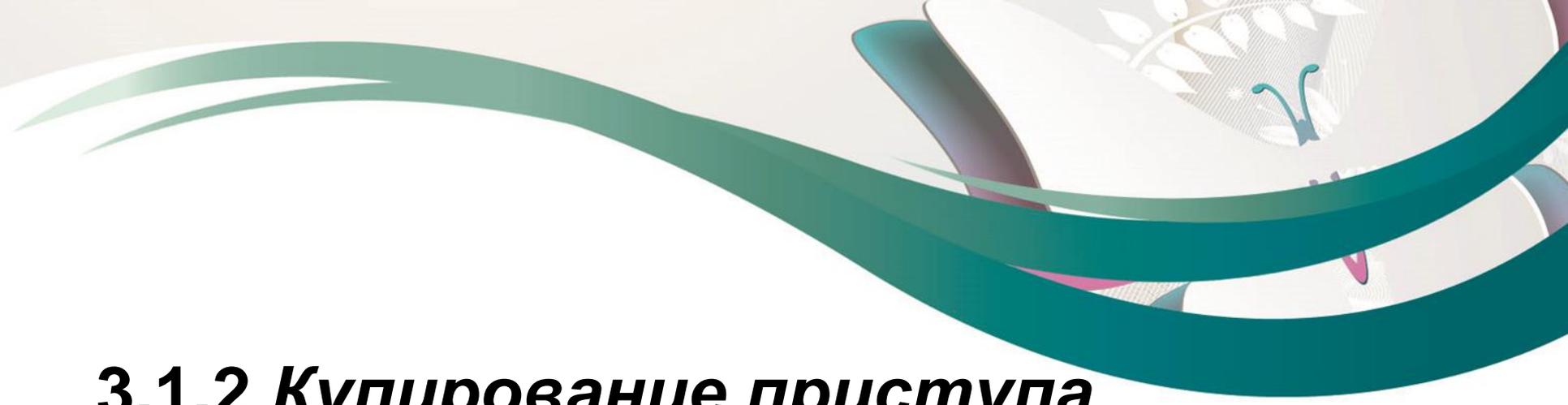
Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а).

Комментарий. Информирование и обучение пациента может проводиться врачом или средним медицинским персоналом как при очной беседе, так и заочно с помощью популярной литературы.



Основные положения поведенческой терапии включают:

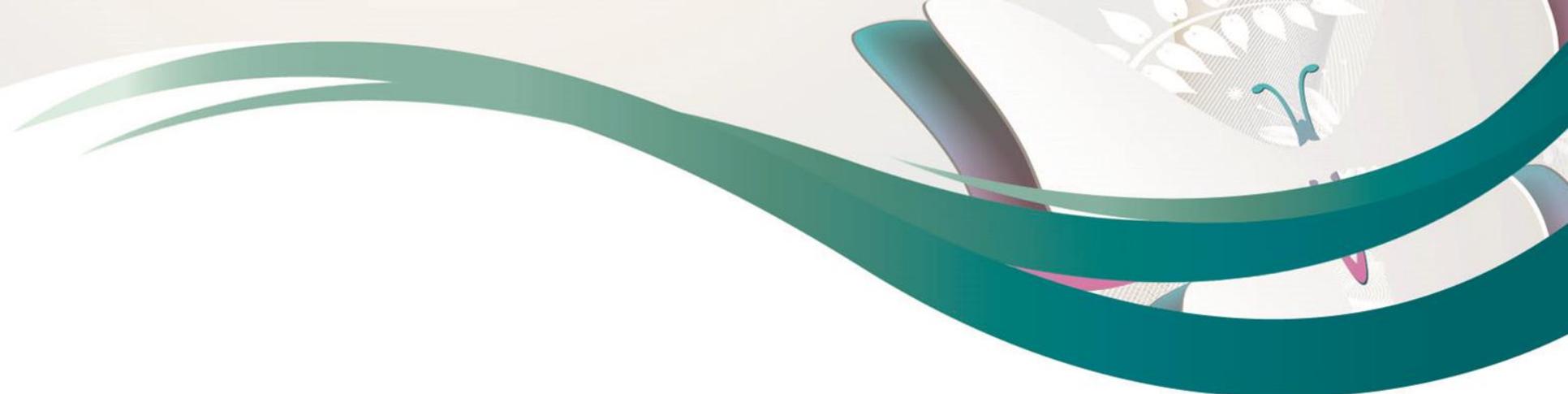
- разъяснение* пациенту в доступной форме доброкачественной природы и механизмов мигрени (разубеждение в наличии органической причины ГБ);
- обоснование **нецелесообразности** дополнительных исследований (за исключением случаев подозрения на симптоматический характер мигрени);
- обсуждение **роли провокаторов** приступов мигрени и необходимости их избегать;
- обсуждение **факторов риска хронизации** мигрени (лекарственного злоупотребления, психических и других коморбидных нарушений) и необходимости их профилактики;
- пациентам, злоупотребляющим обезболивающими препаратами, следует разъяснить **роль лекарственного злоупотребления** в хронизации мигрени и необходимость отказа от приема обезболивающих;
- разъяснение **целей лечения**, механизмов действия профилактических препаратов и пользы немедикаментозных методов.



3.1.2 Купирование приступа

Рекомендуется **лечение** приступа для уменьшения интенсивности, длительности боли, сопутствующих симптомов и восстановления общего состояния пациента.

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а).



Рекомендуется назначать медикаментозную терапию в зависимости от тяжести приступа и степени дезадаптации пациента.

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а).

Комментарий. *Лёгкий приступ – пациент в состоянии выполнять привычную домашнюю и профессиональную работу; приступ средней тяжести – не может выполнять эти виды деятельности; тяжёлый приступ - необходим постельный режим.*



Рекомендуется назначать при приступах легкой и средней тяжести простые анальгетики (нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), при необходимости противорвотные средств.

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а).

Таблица 7а. Простые анальгетики, рекомендованные для купирования приступа М

Препарат	Доза, мг	Комментарий
Ацетилсалициловая кислота (АСК)	1000 внутрь	Гастроэнтерологические побочные эффекты
	1000 внутривенно	Риск кровотечения
Ибупрофен	200-800 внутрь	Такие же, как и для АСК
Напроксен	500-1000 внутрь	Такие же, как и для АСК
Диклофенак	50-100 внутрь	Включая диклофенак-К
Парацетамол	1000 внутрь	Назначать с осторожностью, так как может вызывать почечную и печеночную недостаточность

- Не рекомендуются для купирования приступов мигрени: любые препараты на основе метамизола натрия (анальгина) в связи с высоким риском развития агранулоцитоза, опиоидные анальгетики, и комбинированные обезболивающие препараты, содержащие помимо простого анальгетика кофеин, кодеин, барбитураты (в связи с высоким риском лекарственного абзуса и ЛИГБ) [20, 22, 25-27].

Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств - 1а)

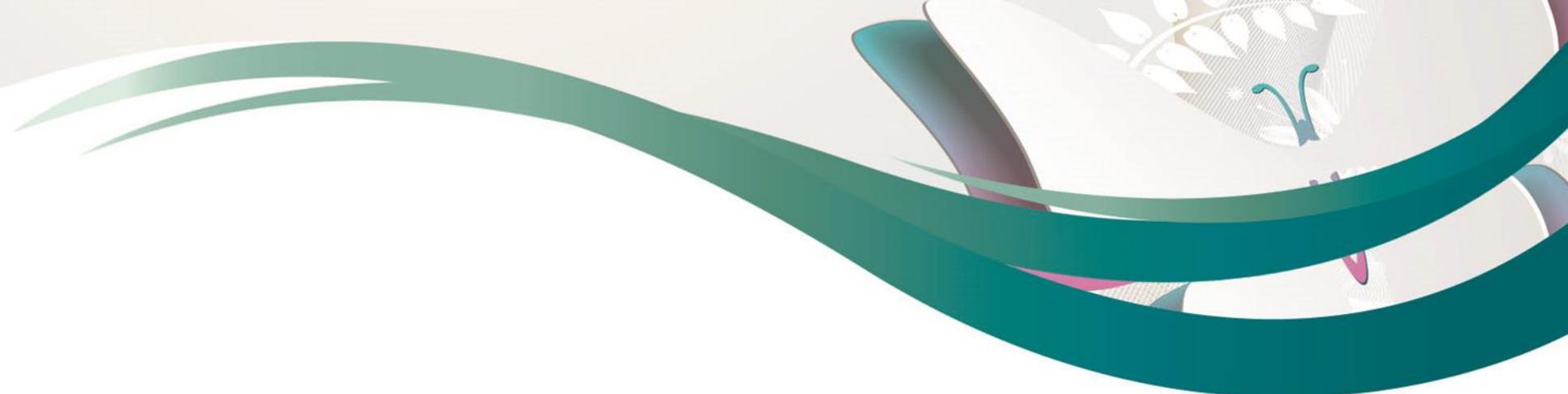
- Рекомендуется при выраженной тошноте и рвоте использование противорвотных средств (таб. 76) [8, 20-27].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2а)

Комментарий. Антиэметики уменьшают гастростаз, обычно сопровождающий приступ М, и улучшают всасывание обезболивающих препаратов; назначаются за 10–15 минут до приёма анальгетиков.

Таблица 76. Противорвотные средства, рекомендованные для использования во время приступа М

Препарат	Доза, мг	Комментарий
Метоклопрамид	10-20 внутрь	Побочные эффекты: дискинезия; противопоказан детям и беременным; обладает также анальгетическим действием
	20 ректально	
	10, внутримышечно, внутривенно, подкожно	
Домперидон	20-30 внутрь	Побочные эффекты менее выражены, чем у метоклопрамида; может использоваться у детей.



Рекомендуется при **тяжелых** приступах мигрени и значительной дезадаптации, а также при неэффективности простых анальгетиков, применение специфических препаратов, к которым относятся **триптаны** (агонисты серотониновых рецепторов типа 5HT₁) и **эрготамин содержащие средства**.
Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а).

Современное купирование приступа мигрени

Согласно Федеральным стандартам Минздрава
Здравоохранения России, **Суматриптан** рекомендован к
применению пациентам с мигренью для эффективного
купирования приступа.

Суматриптан должен быть назначен каждому пациенту с
мигренью для купирования приступа (коэффициент 1,0)



Согласно заключению Российского общества по изучению
головной боли: «Если есть возможность и нет
противопоказаний, триптаны должны быть рекомендованы
всем пациентам с мигренью»



Согласно заключению Европейского общества по лечению
головной боли: триптаны являются первой линией терапии
мигрени в качестве купирования приступа

Слайд Корешкиной М.И.



in conjunction with

Lifting The Burden

European principles of management of common headache disorders in primary care

Лечение мигрени - специальные противомигренозные препараты - триптаны

Алмотриптан	Таблетки 12,5 мг
Золмитриптан	Таблетки 2,5 и 5 мг, назальный спрей 5 мг, лингвальные таблетки 2,5 мг
Элетриптан	таблетки 40 мг
Суматриптан	Таблетки 50 мг и 100 мг
Наратриптан	Таблетки 2,5 мг
Ризатриптан	Таблетки 10 мг
Фроватриптан	таблетки 2,5 мг
Эрготамина тартрат	Таблетки 1 мг, 2 мг, свечи 2 мг

- Рекомендуются в качестве наиболее эффективных средств триптаны (таб 7в) [4, 8, 20, 22, 25-27].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а).

Таблица 7в. Триптаны, рекомендованные для купирования приступов мигрени*

Препарат	Доза, мг
Суматриптан	Таблетки 50 мг, 100мг Назальный спрей 20мг Суппозитории 25 мг
Элетриптан	Таблетки 40 мг
Золмитриптан	Таблетки 2,5 мг
Наратриптан	Таблетки 2,5 мг

*В таблице 7в указаны триптаны, зарегистрированные в РФ.

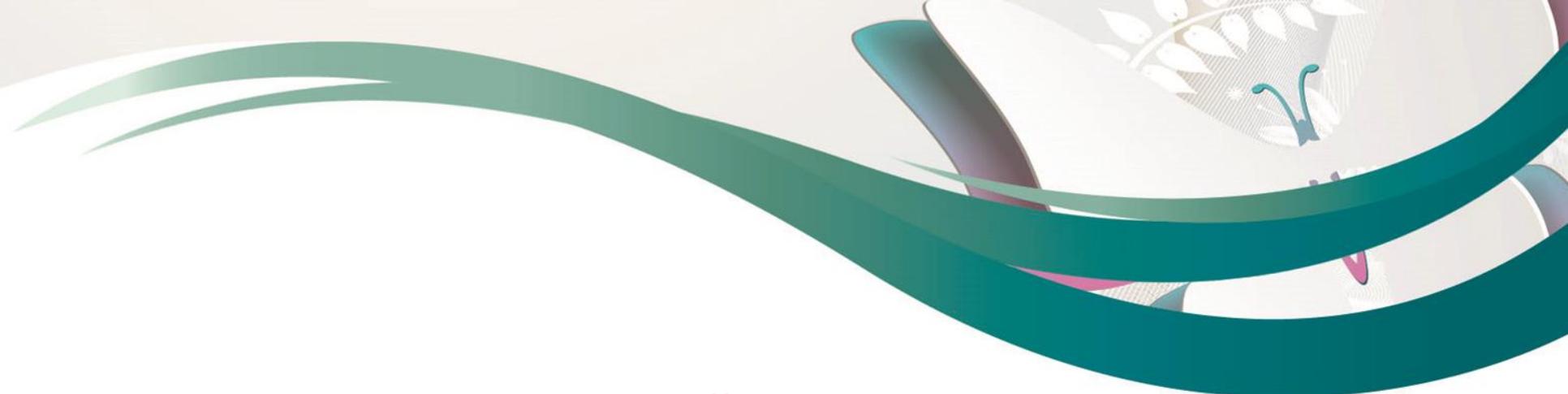
Research Submission

Marketed Oral Triptans in the Acute Treatment of Migraine: A Systematic Review on Efficacy and Tolerability

Julio Pascual, MD, PhD; Valentin Mateos, MD; Carles Roig, MD, PhD;
Margarita Sanchez-del-Rio, MD; Dolores Jiménez, MD, PhD

- Прием в самом начале головной боли – эффективность при приеме **в первые 30 минут** превышает в 2-3 раза ,чем при позднем приеме препарата, уменьшение вероятности возвратного приступа
- При возобновлении боли после облегчения нельзя принимать вторую таб. раньше, чем через 2 ч
- Нельзя принимать препарат профилактически!
(вероятность зависимости)

Слайд Корешкиной М.И.



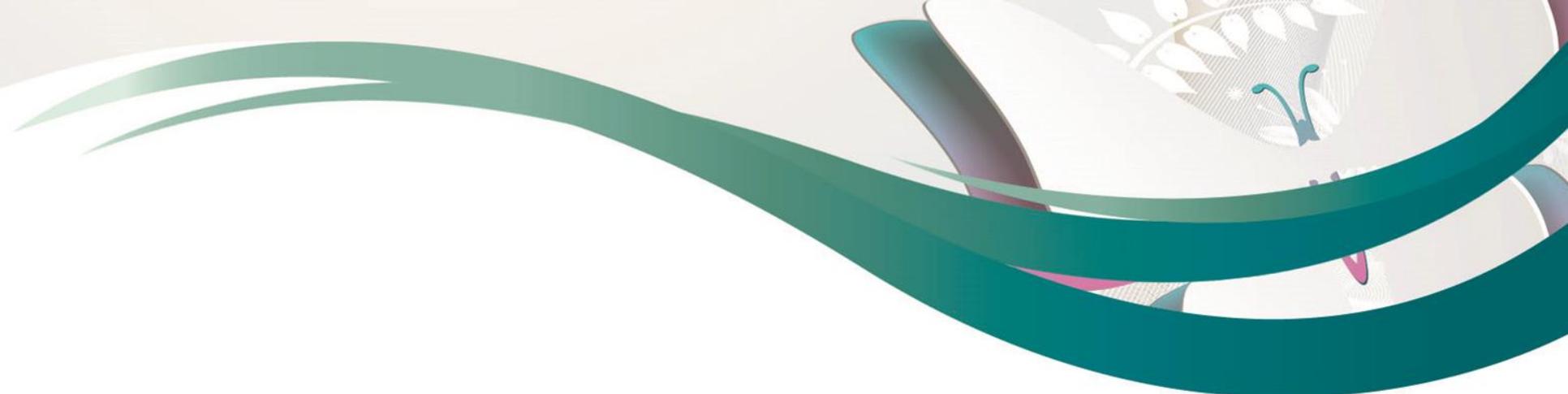
Рекомендуется **ранний прием триптанов** для купирования приступов МБА.

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1b).

Комментарий. *Ранний прием триптанов способствует более эффективному купированию приступа: при более позднем приеме (более чем через 2 часа) начинается процесс центральной сенситизации, которая способствует продолжению приступа и снижает эффективность триптанов. При МБА триптаны следует принимать в самом начале (в первые 30 мин) приступа; при МА триптаны не должны назначаться во время ауры: если ГБ возникает одновременно или в конце ауры, то триптаны можно принимать в конце фазы ауры или в начале фазы ГБ.*

Принципы назначения триптанов включают:

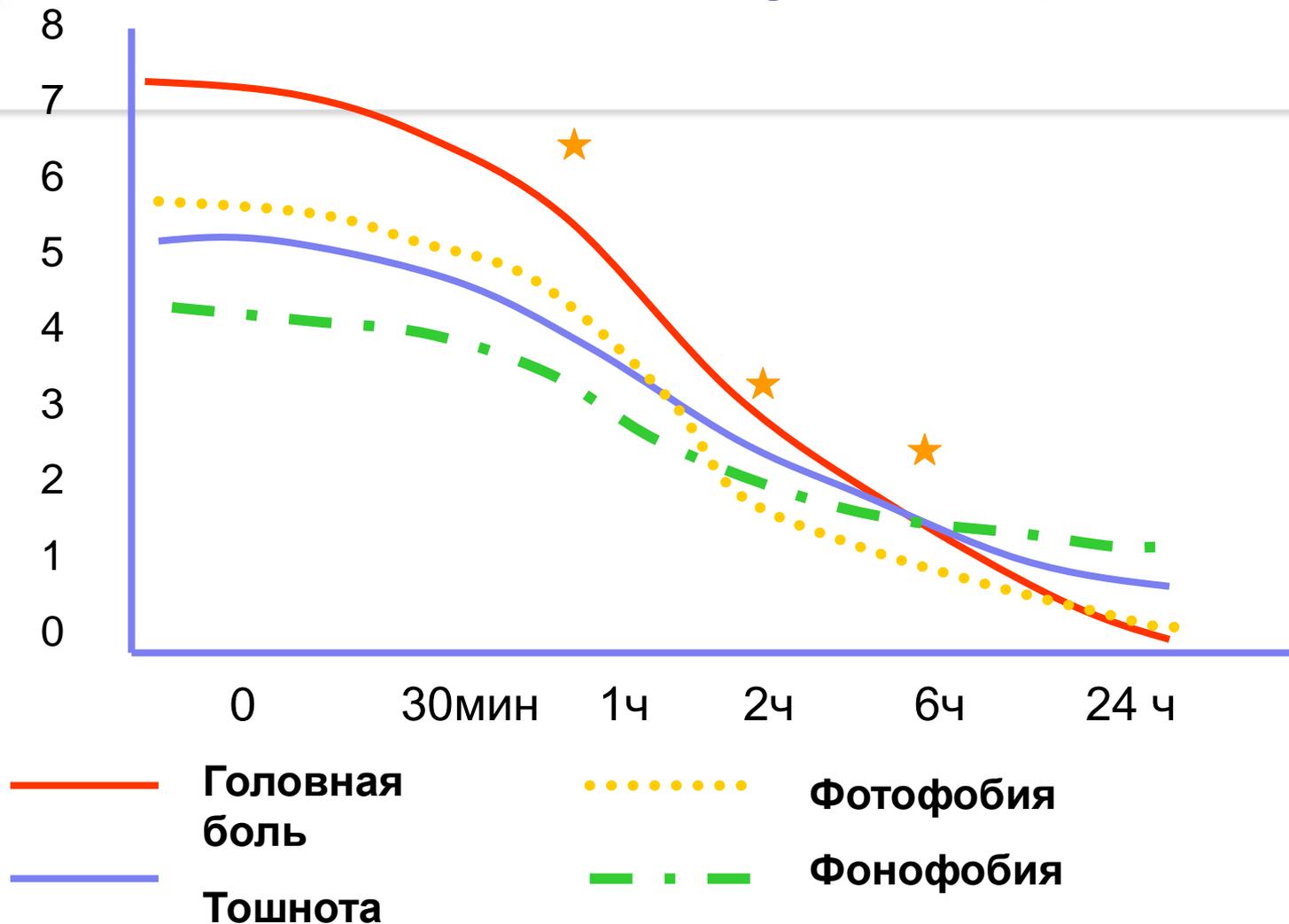
1. поскольку триптаны показаны только для купирования приступов мигрени, пациенты с сочетанием мигрени и ГБН должны отличать приступы этих цефалгий друг от друга;
2. при неэффективности одного триптана следует пробовать другие;
3. повторное использование триптана возможно через 2 часа после приема первой дозы; не следует использовать более 2 доз триптанов в сутки;
4. при недостаточной эффективности триптана (остаточная ГБ или рецидив приступа), целесообразно сочетание триптана с НПВС (например, суматриптана с напроксеном);
5. для оценки эффективности триптанов их нужно использовать как минимум в течение 3-х приступов;
6. при наличии рвоты предпочтительно использование триптанов в виде назального спрея или ректальных суппозиториев;
7. триптаны нельзя использовать больше 9 дней в месяц, чтобы избежать злоупотребления; пациентов с частыми приступами необходимо предупредить о возможном риске развития триптановой ЛИГБ;



Рекомендуется перед назначением триптанов проанализировать возможные противопоказания. Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2b).

Комментарий. *Основные противопоказания для назначения триптанов включают: возраст до 18 лет и старше 65 лет, ишемическая болезнь сердца (ИБС) (в том числе инфаркт миокарда и постинфарктный кардиосклероз), окклюзионные заболевания периферических сосудов, инсульт или транзиторная ишемическая атака (в т. ч. в анамнезе), мигрень со стволочной аурой и гемиплегическая мигрень, неконтролируемая артериальная гипертензия, одновременный прием препаратов эрготамина, беременность и период лактации.*

Динамика симптомов мигрени при назначении сумамигрена



Табеева Г.Р., Амелин А.В., Азимова Ю.Э., 2007

Слайд Осиповой В.В.



Что предпочитают пациенты в Европе для лечения приступа мигрени

514 амбулаторных пациентов

Опрос

Результаты:

- Эффективность важнее, чем безопасность и путь введения препарата
- Предпочли наружную нейростимуляцию как для купирования приступа (67.1%) так и для превентивной терапии (62.8%).
- Большинство (86%) предпочитают таблетки парентеральному пути введения



Воздействие препарата для купирования приступа мигрени на удовлетворенность пациента лечением и его работоспособность

Электронный дневники (29,722 дней)

- Принимали препараты для купирования приступа мигрени в 96.5% из 8,090 дней с мигренью
- Наиболее часто – специфические для мигрени препараты - 58.0%
- На 2м месте – безрецептурные противоболевые препараты - 29.9%
- На 3м – опиаты/барбитураты.



Воздействие препарата для купирования приступа мигрени на удовлетворенность пациента лечением и его неработоспособность

Купирующие приступ лекарства принимали при нетяжелых приступах - 41.2%

При умеренной интенсивности - 37.7%

При тяжелых - 11.4%

Наименьшая неработоспособность [Medication X Pain at Dosing $F(4, 6336.12) = 58.73, p < .001$] и наибольшая удовлетворенность эффектом – [Medication X Pain at Dosing $F(4, 3867.36) = 24.00, p < .001$] – при нетяжелых приступах



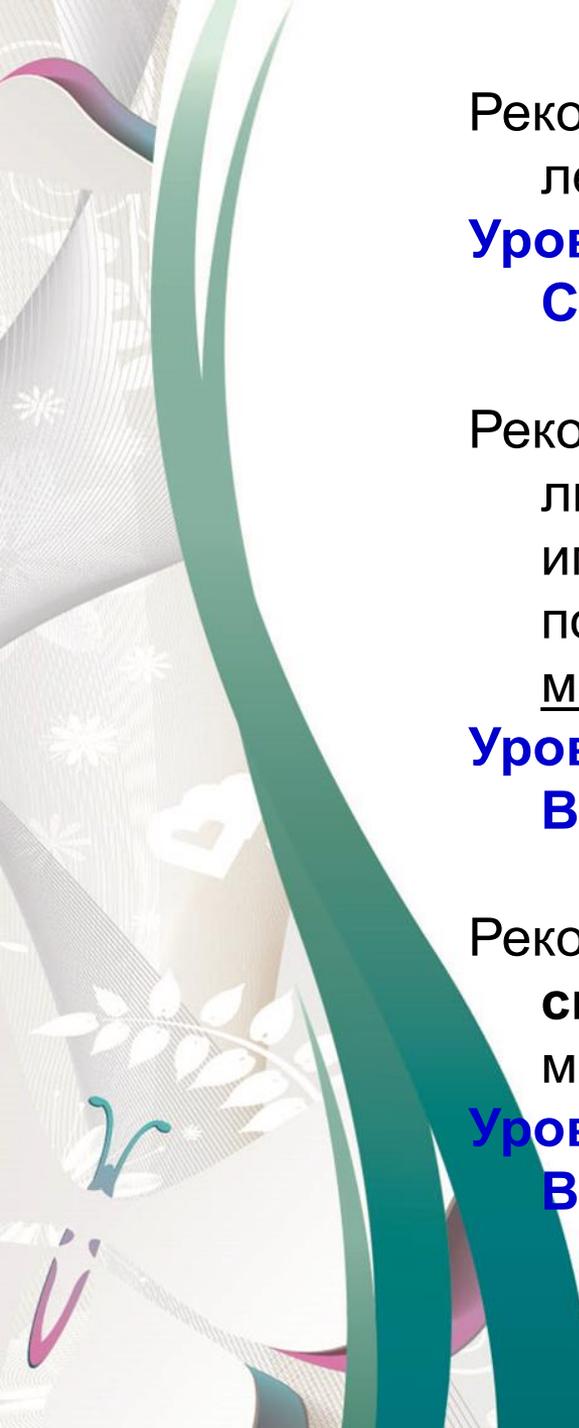
Воздействие препарата для купирования приступа мигрени на удовлетворенность пациента лечением и его работоспособность

Заключение

Использование специфических противомигренозных препаратов (триптанов или эрготаминовых) связано в меньшей работоспособностью и наиболее высокой удовлетворенностью от лечения



НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ



Рекомендуется **комбинировать** фармакологическое лечение мигрени с немедикаментозными методами.

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 3).

Рекомендуются **при сопутствующих** эмоционально-личностных, соматоформных и сенесто-ипохондрических расстройствах когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), психотерапия и методы психологической релаксации.

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2b).

Рекомендуется метод **биологической обратной связи** по электромиограмме перикраниальных мышц (ЭМГ-БОС).

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2b).



Рекомендуются пациентам с выраженной дисфункцией **перикраниальных мышц** (мышечно-тоническим синдромом) постизометрическая релаксация, массаж воротниковой зоны, мануальная терапия, лечебная гимнастика.

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 3).

Рекомендуются в качестве дополнительных методов (в комбинации с другими нелекарственными методами лечения и фармакотерапией) блокады большого затылочного нерва с использованием кортикостероидов и местных анестетиков.

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 3).

Рекомендуется в качестве дополнительного метода профилактического лечения мигрени, в том числе при ХМ, применение неинвазивной ритмической транскраниальной магнитной стимуляции (pTMS)

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 1b).

4. Реабилитация

**Не рекомендуются
реабилитационные
мероприятия при мигрени.**

**Уровень убедительности
рекомендаций –
C (уровень достоверности
доказательств – 4).**



Не рекомендуется устанавливать вместо диагноза «Мигрень» другие диагнозы, не отражающие истинную природу ГБ.

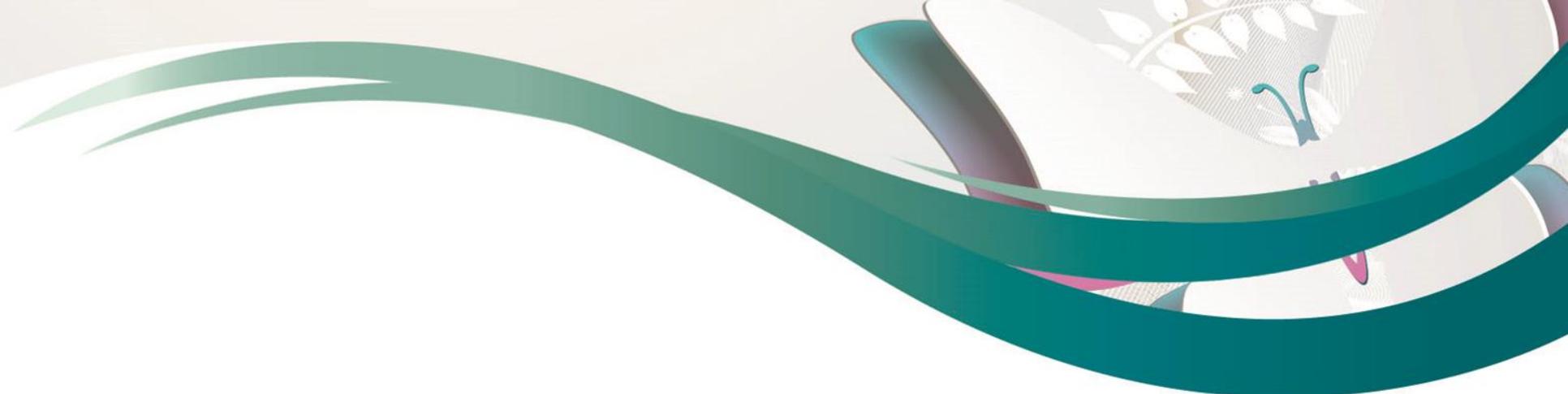
Неправильная/запоздалая диагностика и неадекватное лечение существенно ухудшают течение мигрени и могут способствовать ее хронизации.

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 3).

Комментарий. Примеры ошибочных диагнозов, маскирующих диагнозы "Мигрень" и "ГБН": дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭП) с цефалгическим синдромом, остеохондроз шейного отдела позвоночника (ШОП) с мигренозными пароксизмами, вегетососудистая дистония с цефалгическим синдромом, гипертензионно-гидроцефальный синдром с цефалгическим синдромом, ГБ, связанная с артериальной гипертензией, посттравматическая ГБ. К установлению ложных диагнозов нередко приводит неверная трактовка результатов инструментальных исследований.



Неспецифические изменения, выявленные при проведении МРТ головного мозга и ШОП, УЗДГ и ДС сосудов головы и шеи, **часто ошибочно расцениваются врачами как признаки органического поражения** головного мозга или мозговых сосудов. Например, незначительное снижение линейной скорости кровотока на УЗДГ краниовертебральных артерий является основанием для неверного диагноза «ДЭП» или «ХИМ», а незначительное расширение субарахноидальных пространств – для диагноза «Гидроцефальный синдром с цефалгическим синдромом». Установление неверного диагноза приводит к выбору неадекватного лечения. *Например, если вместо диагноза «Мигрень» устанавливается диагноз «Дисциркуляторная энцефалопатия с цефалгическим синдромом» в качестве препаратов выбора назначаются вазоактивные и ноотропные средства, не обладающие доказанным специфическим действием в профилактике М.* Ошибки диагностики и неадекватное лечение приводят к ухудшению качества жизни пациентов, повышают **риск лекарственного злоупотребления** что, в конечном итоге, может способствовать **хронизации М**



Не рекомендуется назначение для профилактики мигрени *сосудистых, ноотропных средств и других* препаратов, не обладающих доказанным эффектом в лечении М.

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4).



Оценка эффекта проводимой терапии

Рекомендуется считать профилактическое лечение эффективным, если частота дней с мигренозной ГБ сокращается через 3-х месяца терапии **на 50%** и более от исходной частоты [14-15, 30].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а).

Рекомендовано дополнительными критериями эффективности считать: **уменьшение использования обезболивающих** препаратов и выраженности **коморбидных** нарушений (улучшение настроения, снижение тревоги, нормализация сна), повышение **работоспособности**, уровня социальной **адаптации** и **качества жизни** пациента в целом.

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2b).

Критерии оценки качества медицинской помощи

Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым с мигренью

№	Критерий качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1.	Выполнен осмотр врачом-неврологом и установлена форма мигрени в соответствии с критериями МКГБ-3 бета	1a	A
2.	Проведена поведенческая терапия	1a	A
3.	Проведена терапия: - простыми анальгетиками и/или - триптанами и/или - комбинированными анальгетиками (для купирования приступов мигрени не более 8 дней в месяц, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	1a 1a 2b/3	A A B/C
4.	Проведена терапия: - бета-блокаторами и/или - кандесартанами и/или - антиконвульсантами и/или - антидепрессантами (при наличии показаний не менее чем на 3 месяца, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	1a 1a 1a 2b	A A A B
5.	Проведена терапия - топираматом и/или - ботулиническим токсином А и/или - другими препаратами для профилактики М (при хронической мигрени не менее 6 месяцев, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии противопоказаний)	1a 1a 2b/3	A A B/C
6.	Выполнены: - полная или частичная отмена препарата(ов) злоупотребления и/или - детоксикация и/или - подбор обезболивающего препарата другой фармакологической группы для купирования головной боли на период отмены и/или - профилактическое лечение (при выявлении лекарственно-индуцированной (абузусной) головной боли, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	1a 2b 3 1a	A B C A
7.	Выполнен динамический осмотр не позднее 3 месяцев от момента профилактического лечения	2a	B
8.	Достигнуто уменьшение числа дней головной боли в месяц не позднее 3 месяца от момента начала терапии не менее, чем на 50%	1a	A

Лечение приступов мигрени

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

от 24 декабря 2012 г. N 1550н

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ СТАНДАРТА
ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ПРИ МИГРЕНИ
(ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И КУПИРОВАНИЕ ПРИСТУПА)**

В соответствии со [статьей 37](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446) приказываю:

Утвердить [стандарт](#) первичной медико-санитарной помощи при мигрени (дифференциальная диагностика и купирование приступа) согласно приложению.

Министр
В.И.СКВОРЦОВА

- Приказ №27821 зарегистрирован 21 марта 2013.
- В Федеральный стандарт в качестве препаратов, обязательных для назначения пациентам с мигренью для купирования приступов включен в группе триптанов – Суматриптан

Слайд Корешкиной М.И.

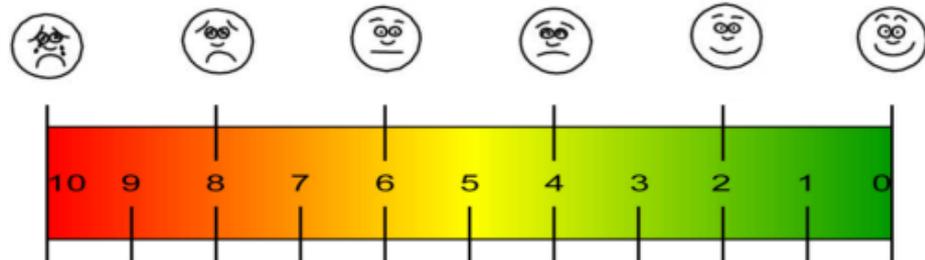
Лечение приступов мигрени (приказ 1550Н)

Слайд Корешкиной М.И.

Классификация препарата	Наименование
Салициловая кислота	Ацетилсалициловая кислота
НПВС	Диклофенак
	Лорноксикам
	Ибупрофен
Анилиды	Парацетамол
Селективные агонисты серотониновых 5HT1-рецепторов	Суматриптан Элетриптан
Стимуляторы моторики ЖКТ	Метоклопрамид

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 24 декабря 2012 г. № 1550н г. Москва Зарегистрирован в Минюсте РФ 21 марта 2013 г. Регистрационный № 27821. Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при мигрени (дифференциальная диагностика и купирование приступа).

Дневник головной боли



Месяц ноябрь

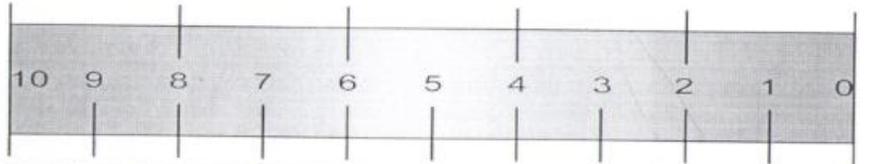
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
0	7	0	0	0	0	0	0	0	4	4	4	0	0	6	10	0	0	0	0	0	0	0	0	5	8	9	1	0	0	0	0
1	7	0	0	0	0	0	0	0	0	5	4	0	0	6	10	0	0	0	0	0	0	0	0	5	8	6	0	0	0	0	0
2	8	0	0	0	0	0	0	0	0	5	4	0	0	6	10	0	0	0	0	0	0	0	0	5	8	5	0	0	0	0	0
3	8	0	0	0	0	0	0	0	0	5	4	0	0	6	11	0	0	0	0	0	0	0	0	5	8	0	0	0	0	0	0
4	8	0	0	0	0	0	0	0	0	5	4	0	0	6	10	0	0	0	0	0	0	0	0	6	8	0	0	0	0	0	0
5	9	0	0	0	0	0	0	0	0	5	4	0	0	6	10	0	0	0	0	0	0	0	0	6	8	0	0	0	0	0	0
6	9	0	0	0	0	0	0	0	0	5	4	0	0	6	10	0	0	0	0	0	0	0	0	6	8	0	0	0	0	0	0
7	9	0	0	0	0	0	0	2	0	5	4	0	0	7	10	0	0	0	0	0	0	0	0	6	8	0	0	0	0	0	0
8	9	0	0	0	0	0	0	2	0	5	4	0	0	7	10	0	0	0	0	0	0	0	0	6	8	0	0	0	0	0	0
9	9	0	0	0	0	0	0	3	0	5	4	0	0	7	8	0	0	0	0	0	0	0	0	6	8	0	0	0	0	0	0
10	9	0	0	0	0	0	0	4	0	5	4	0	0	7	6	0	0	0	0	0	0	0	0	6	8	0	0	0	0	0	0
11	10	0	0	0	8	0	0	4	0	5	4	0	0	8	2	0	0	0	0	0	0	0	5	6	8	0	0	0	0	0	0
12	10	0	0	0	9	0	0	4	0	6	4	0	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	5	6	8	0	0	0	0	0	0
13	10	0	0	0	10	0	0	4	2	6	5	0	0	9	0	0	0	0	0	1	0	0	5	6	8	0	0	0	0	0	0
14	10	0	0	0	10	0	0	4	4	6	6	0	0	9	0	0	0	0	0	3	0	0	5	6	8	0	0	0	0	0	0
15	7	0	0	0	10	0	0	4	4	6	6	0	0	9	0	0	0	0	0	4	0	0	5	6	9	0	0	0	0	0	0
16	5	0	0	0	10	0	0	4	4	4	6	0	0	9	0	0	0	0	0	5	0	0	5	6	9	0	0	0	0	0	0
17	1	0	0	0	10	0	0	4	4	4	6	0	0	9	0	0	0	0	0	5	0	0	5	6	9	0	0	0	0	0	0
18	0	0	0	0	10	0	0	4	4	4	6	0	2	9	0	0	0	0	0	5	0	0	5	6	9	0	0	0	0	0	0
19	0	0	0	0	6	0	0	4	4	4	1	0	3	9	0	0	0	0	0	5	0	0	5	6	9	0	0	0	0	0	0
20	0	0	0	0	1	0	0	4	6	6	1	0	4	10	0	0	0	0	0	5	0	0	5	6	9	0	0	0	0	0	0
21	0	0	0	0	0	0	0	4	6	6	0	0	4	10	0	0	0	0	0	5	0	0	5	6	9	0	0	0	0	0	0
22	0	0	0	0	0	0	0	4	6	6	0	0	5	10	0	0	0	0	0	5	0	0	5	7	9	0	0	0	0	0	0
23	0	0	0	0	0	0	0	4	6	6	0	0	6	10	0	0	0	0	0	5	0	0	5	7	9	0	0	0	0	0	0

Обезболивающие																																	
	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	
Менструация																																	
	9 ноября прекратила пить визанну																																

Месяц

декабрь 2016 г.
ИМ - менструация
стрей

суммарная - С
Клоден - А
гидрокортизон - И
сиклимонтион СН



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
0.																																
1							7																									
2							7																									
3							4																				5					
4							4																				4					
5							4																				2					
6	4						2					3	2					2						2			2	4	5			
7	4						2					3	2					2						2			2	4	5		5	
8	4						2	4	1			2	2					4				3		2			2	4	5		5	
9	5						2	4	2			2	2					4				3		3			2	5	4		5	
10	6				6		2	5	2	1		1	2					4				3		4			2	3	4		5	
11	6				6		2	5	2	1		1	2					2				3		4			2	3	4		5	
12	4				4		2	4	2	1		1	3					2				3		4			1	1	2		4	
13	4				4		2	2	2	1		1	3					2				3		5			1	1	2		3	
14	2				3		2	2	3	1		1	3					2				2		5			1	1	2		2	
15	1				3		2	2	3	1		1	3					2				2		5			1	1	2		1	
16	0				3		2	2	4	1		1	2					2				2		5			1	1	2		1	
17					3		2	2	4	1		1	1					1				2		2			1	1	2		1	
18					3		2	2	6	1		1	1					1				2		2			1	1	2		1	
19					3		2		6	1		1	1					1				2		1			1	1	2		1	
20					3		2		7			1										2		2				1	1	2		1
21					2		2		7			1										2		2				1	1	2		1
22					2				5			1										2		2				1	1	2		1
23									2																							

Обезболивающие

	с/А			с/и	с/и	а	и			А	А				А			А			с, А					с/А	с/А	с, А			с/А
--	-----	--	--	-----	-----	---	---	--	--	---	---	--	--	--	---	--	--	---	--	--	------	--	--	--	--	-----	-----	------	--	--	-----

менструация																																	



Лечение головной боли в РФ: *ошибки и недостатки*

Купирование приступа

- Широкое распространение простых и комбинированных анальгетиков, самолечение
- Недостаточное применение специфических патогенетических средств (триптанов и эрготаминовых препаратов)

Профилактика

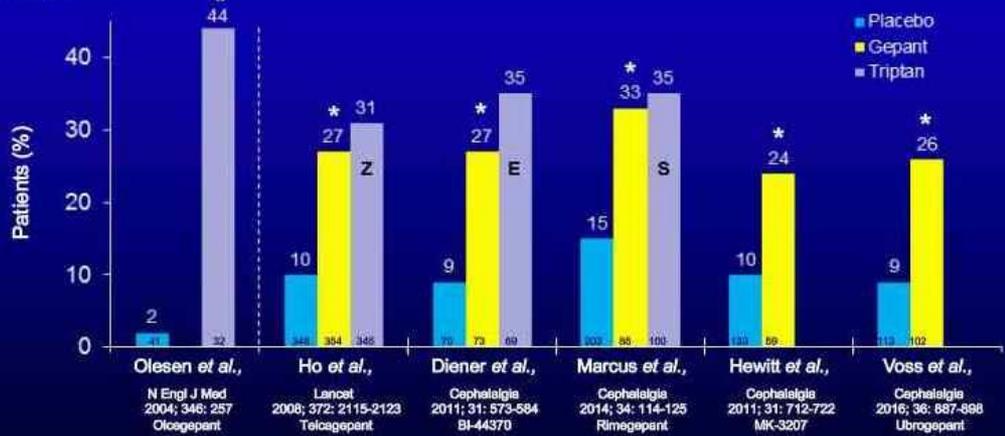
- Необоснованное назначение вазоактивных и ноотропных препаратов
- Низкая частота назначения специфической терапии
- Невнимание к факторам хронизации ГБ:
 - психические и другие коморбидные нарушения
 - лекарственный абюзус



If you experience buffering whilst viewing this webcast, please click on the stream selection icon in the media play-bar above to select a lower resolution of the stream or [click here to test your system](#)

CGRP Receptor Antagonists are Effective in the Treatment of Acute Migraine

- Double-blind parallel-group randomized controlled trials
- 2-hr pain-free



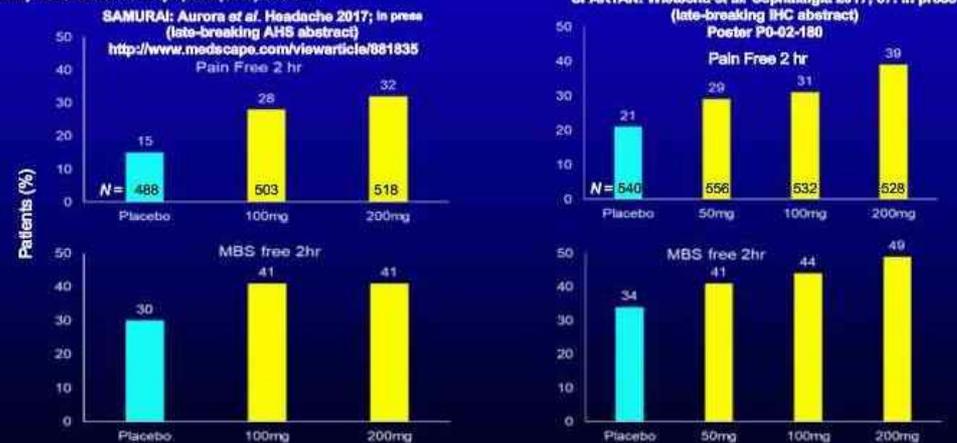
*Statistically significant difference vs placebo
 Direct comparison between studies is not possible due to variations in study designs
 E = eletriptan; S = sumatriptan; Z = zolmitriptan



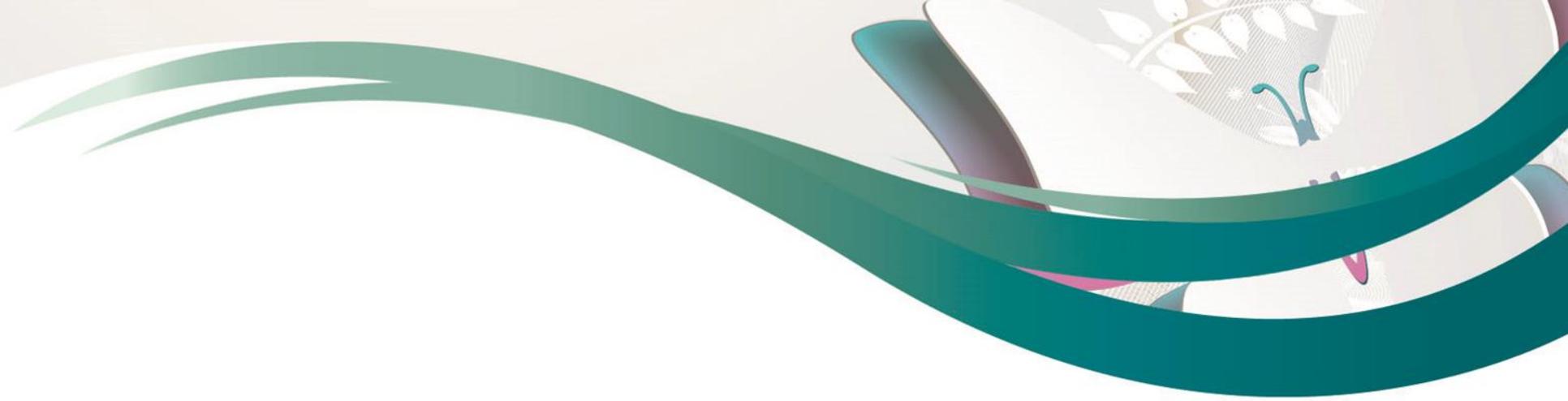
If you experience buffering whilst viewing this webcast, please click on the stream selection icon in the media play-bar above to select a lower resolution of the stream or [click here to test your system](#)

Lasmiditan in Acute Migraine

- Randomized Placebo-Controlled Trial in Migraine (ICHD3beta)
- Endpoints
 - Primary: Pain-free 2 hr*
 - Secondary: Most bothersome symptom (MBS)-free 2 hr*
- Treatment-Emergent Adverse Events
 - Dizziness, paresthesia, and somnolence



*All doses significant vs placebo



www.ufaneuro.org